

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

705
N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

PAR
NGUYEN VAN-BA
né le 10 Mai 1930 à SAIGON (Viet-Nam)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES APPENDICITES AIGÜES APRES 50 ANS

Président : M. D. PETIT-DUTAILLIS, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

NGUYEN VAN-BA

né le 10 Mai 1930 à SAIGON (Viet-Nam)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES APPENDICITES AIGÜES APRES 50 ANS



Président : M. D. PETIT-DUTAILLIS, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

15-1-59

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
	MÉNÉGAUX (G.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
	GENNES (L. de)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BARIÉTY (M.)
	SOULIÉ (P.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	N . . .
	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (Chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N . . .
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	DEPARIS (M.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)	
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)	
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)	
Parasitologie	GALLIARD (H.)	
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)	
Pathologie exotique	LAVIER (G.)	
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)	
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)	
Pathologie médicale	N...	
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)	
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)	
Physiologie	BINET (L.)	
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)	
Physique médicale	DOGNON (A.)	
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)	
Technique chirurgicale	PATEL (J.)	
Thérapeutique	BROUET (G.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.	MM.
Anatomie { CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Orthopédie { JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique { GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie DEBAIN (J.)
Anesthésiologie VOURECH (G.)	Parasitologie { BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie { NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale { BARCAT (J.) BINET (J.-P.) GAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. per. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale { DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONSKI (J.), m. conf. SCHAPIRA (G.), m. conf.	Pathologie exotique SCHNEIDER (J.)
Biologie médicale BOURLIÈRE (F.), m. conf.	Pathologie expérimentale { CROSNIER (J.) HARTMAN (L.) LEPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHEL (G.)
Carcinologie { DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie médicale { AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) PREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROUCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) NICK (J.) PÉRONNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Dermato-Syphiligraphie DUPERRAT (B.)	
Electro-Radiologie LEDOUX-LEBARD (G.)	
Embryologie TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)	
Hématologie { BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)	
Histologie { COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)	
Hydrologie CORNET (A.)	
Hygiène { BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)	
Maladies Infectieuses { BASTIN (R.) DUPONT (V.)	
Médecine légale { DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)	
Médecine du travail ALBAHARY (C.)	
Neuro-chirurgie DAVID (M.)	
Neurologie LHERMITTE (F.)	
Obstétrique { GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)	
Ophthalmologie { BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)	

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture . . .	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	MOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (C.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pharmacologie	ROSSIER (A.)	Stomatologie	CERNÉA (P.)
	LEVY (Mlle J.), pr. s. ch.		CHAPUT (Mme A.), m.c. agr.
	BOISSIER (J.)		GRELLET (M.)
Physiologie	LECHAT (P.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	PARROT (J.), pr. s. ch.		LAMOTTE (M.)
Physique médicale	DEJOURS (P.)	Urologie	QUENU (L.)
	GOUGEROT (L.), m. conf.		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)	Clinique neuro-rhumatologique SÈZE (S. de)	
	AMELINE (A.)	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)		LEPAGE (F.)
	LÉGER (L.)		MAYER (M.)
	OLIVIER (C.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)	Clinique ophtalmologique .	RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)		DESIGNES (P.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
Clinique médicale	VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
	HAGUENEAU (J.), pr. s. ch.	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	CONTE (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	DOMART (A.)		
	MILLIEZ (P.)		
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . .	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mlle HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque . . .	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.),
	LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRERES ET SOEURS

dont les immenses sacrifices me permettent d'être ici
aujourd'hui

A TOUS MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550421_0011

A Monsieur D . PETIT - DUTAILLIS

Professeur de la Clinique de Neuro - Chirurgie
de la Faculté de Paris

Qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Jean Michel THIERRY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de clinique de la Faculté
Chirurgien - Chef de l'Hôpital d'Etampes

Qui me guida dans le choix
du sujet et ne m'a pas
ménagé, au cours de l'élaboration
de ce travail, ses conseils,
son enseignement et ses
documentations.

Qu'il veuille bien trouver ici,
ainsi que

Madame Nicole THIERRY

Médecin Anesthésie-Réanimation de l'hôpital d'Etampes

L'expression de mon profond
attachement.

A MESSIEURS :

Roger ETIENNE

Chirurgien-Adjoint de l'hôpital d'Etampes

Paul FENOLL

Médecin Electro-Radiologue de l'hôpital de Dourdan

Jean PRADEL

Médecin Electro-Radiologue de l'hôpital d'Etampes

AVEC MES REMERCIEMENTS.

LES APPENDICITES AIGUES

APRES 50 ANS

I N T R O D U C T I O N

Nous ne pensons pas superflu de revenir sur un sujet si classique celui de l'appendicite chez les gens de plus de cinquante ans. Une remarque préliminaire est à faire : nous adoptons, au cours de cet exposé le terme de " Appendicite chez les sujets âgés ", c'est parce qu'il fait image et fixe l'attention sur le fait que l'appendicite à partir d'un certain âge, revêt des caractères particuliers. D'autre part, il est bien évident que seul l'âge physiologique du sujet est à considérer, car si de nombreux sujets âgés de soixante ans, soixante dix ans sont encore robustes, pleins de vitalité, d'autres à cinquante ans donnent déjà des signes de déficience physique.

En effet, plusieurs raisons nous incitent à nous pencher sur ces problèmes :

- La fréquence de ces malades atteints d'appendicite est relativement importante et ce d'autant plus en raison des progrès toujours constants de l'hygiène et de la médecine, de l'amélioration des conditions générales de l'existence, la moyenne de la vie s'étant allongée, nous assistons sans cesse à une accroissance démographique en faveur de la population âgée, à tel point qu'une nouvelle branche de la médecine, la gériatrie est née. Celle-ci a fait l'objet de nombreuses et intéressantes études, car le vieillissement de la population, particulièrement en France, pose une série de problèmes non seulement au point de vue économique et social, mais aussi au point de vue médical et chirurgical.

Les chirurgiens voient ainsi augmenter le nombre de leurs malades âgés et doivent se familiariser avec le terrain sénile ou présénile, car la chirurgie chez les gens âgés a certains aspects particuliers et pose des problèmes qui lui sont propres.

Mondor a écrit dans les "Diagnostics d'urgence" : en fait d'appendicite il n'y a aucune limite d'âge et il peut y avoir quelque grave responsabilité à écarter de parti pris ce diagnostic chez les vieux, les cas d'appendicite chez les malades de plus de soixante ans me semblent de moins en moins rares.

Il faut insister, car l'on a bien de la peine à se contenter de ce diagnostic pour les sexagénaires et bien des hésitations à le faire suivre d'une impérieuse prescription chirurgicale ".

Le diagnostic d'appendicite aiguë chez le sujet âgé est plus difficile que chez le jeune parce que de nombreuses affections la simulent et surtout parce qu'on y pense moins.

Nous insistons d'autre part, sur la nécessité d'établir, par tous les moyens aussi bien cliniques que radiologiques, un diagnostic précoce pour que l'intervention soit sûrement et sans risque curative.

Il nous est apparu en effet que la réputation de gravité des appendicites au-delà de cinquante ans tenait presque exclusivement au retard apporté à l'intervention, et que la mortalité des cas vus tardivement chez le sujet plus jeune n'était guère moins élevée.

- P A T H O G E N I E -

D'après un certain nombre d'auteurs, l'aspect particulier des manifestations cliniques de l'appendicite du vieillard tient à l'involution de l'organisme en général et de l'appendice sénile en particulier.

Les modifications de l'appendice sénile portent sur la longueur, la largeur, l'épaisseur de la paroi et la lumière de l'organe.

- la longueur diminue avec l'âge
- il en est de même pour l'épaisseur de la paroi
- la disparition de la lumière est en outre fréquente, qu'elle soit partielle ou totale.

MODIFICATIONS HISTOLOGIQUES

- Atrophie de la muqueuse
- Sclérose de la muqueuse
- Raréfaction ou disparition des follicules clos, répondant à l'atrophie du système lymphatique en général chez les individus âgés. Si l'on considérerait que l'appendicite en quelque sorte est une amygdalite abdominale, car l'agent microbien frappe le tissu lymphoïde de l'appendice comme celui de l'amygdale, on comprendrait que l'atrophie du système lymphatique conditionne avant tout la rareté de l'appendicite chez les vieillards.

C'est en partant de ces notions anatomiques qu'une théorie pathogénique de l'appendicite du vieillard a été proposée :

- celle-ci serait due à une folliculite comme chez le sujet jeune, la diminution des follicules expliquent la rareté progressive.

Une autre théorie serait invoquée dans le cas où tous les follicules ont disparu : on a invoqué la théorie du vase clos :

- l'appendicite serait favorisée par la lumière irrégulière, les parois amincies, les calculs stercoraux fréquents, la constipation habituelle.

Pour d'autres, le point de départ serait une inflammation des follicules lymphoïdes qui persistent dans la paroi coecale, ce qui expliquerait la fréquence des lésions coecales associées.

Un autre facteur, non de moindre importance dans l'appendice chez le vieillard, est celui de la vascularisation. Par suite de la sclérose fréquente chez le sujet âgé, les vaisseaux appendiculaires ne peuvent se dilater assez suffisamment pour soulager le processus inflammatoire, d'où l'évolution rapide vers la nécrose de l'appendice.

A ces facteurs d'ordre purement local, il faut ajouter des facteurs d'ordre plus général :

- diminution de la résistance de l'organisme
- diminution de la réaction péritonéale à l'agression
- lésions préexistantes apportées par des crises antérieures
- tares viscérales associées etc....

- ANATOMIE PATHOLOGIE -

Les lésions appendiculaires proprement dites n'ont rien de caractéristique chez le sujet âgé sinon la fréquence extrême de perforation par gangrène.

Les lésions péritonéales affectent deux aspects habituels :

a - dans les formes opérées précocement, il existe une péritonite aiguë généralisée avec une inflammation séreuse allant jusqu'à la formation des fausses membranes, épanchement clair, louche, plus rarement franchement purulent et dilatation des anses grêles.

b - dans les formes opérées tardivement, on se trouve en présence d'un abcès entouré d'une coque épaisse.

Il est possible, sans qu'on puisse l'affirmer, qu'il s'agisse là de deux stades du processus évolutif.

Au point de vue anatomique, les caractères essentiels de l'abcès sont le peu d'importance des lésions appendiculaires, ce qui s'explique par le fait que les appendices sont très scléreux et involués, presque tout se passe pour ainsi dire en péri-appendice. La tumeur serait due à un abcès appendiculaire généralement peu volumineux, à évolution particulièrement lente et torpide. Autour du foyer inflammatoire, la réaction fibreuse est dominante, unissant les anses grêles terminales et le coecum en un bloc dur et scléreux, formant une véritable tumeur de la fosse iliaque droite.

- F R E Q U E N C E -

Nos études portent sur les appendicites traitées à Etampes, tant à l'hôpital qu'en clientèle privée, de septembre 1948 à Avril 1959.

Nous avons retenu au total 785 appendicites dont le caractère aigu était évident, ne voulant nous engager dans le débat si discutable des appendicites chroniques.

Sur ces 785 cas, 39 affectent les malades de plus de 50 ans, soit un pourcentage exact de 4,96%, ce qui montre que si les appendicites chez les gens âgés sont rares, elles ne sont pas exceptionnelles; en plus, nous sommes dans l'ignorance totale du chiffre des vieillards morts à la suite d'une appendicite méconnue.

SEXE

D'après nos chiffres, le sexe féminin est plus touché que le sexe masculin, en effet pour 15 hommes, nous avons 24 femmes.

REPARTITION EN FONCTION DE L'AGE

AGE	50 - 55	55-60	60-65	65-70	70 et plus
	10	13	9	4	3

De ces pourcentages, dégage le fait suivant : la maladie est surtout fréquente entre 50 et 65 ans (84% des cas).

- FORMES CLINIQUES DES APPENDICITES AIGUES CHEZ DES SUJETS DE PLUS DE 50-ANS -

Contrairement aux données classiques qui veulent que presque seules les formes occlusives et tumorales se rencontrent chez les sujets âgés, toutes les formes d'appendicite aigüe peuvent se rencontrer.

Sur nos 39 cas, nous avons :

- 3 formes occlusives
- 4 plastrons
- 9 abcès
- 9 formes aigues typiques
- 10 péritonites appendiculaires généralisées
- 2 péritonites pelviennes

et enfin 2 appendictes herniaires.

- FORMES DITES AIGUES TYPIQUES -

Dans ces formes qui sont, à quelques nuances près, superposables à celles observées communément chez l'adulte :

SIGNES FONCTIONNELS :

La douleur spontanée au point d'élection est constante, peut-être un peu moins vive, peut-être moins précise. Elle peut être diffuse et étendue à tout l'abdomen ou de siège atypique: hypocondre droit, épigastre, para-ombilic ou fosse iliaque gauche.

Les vomissements existent, mais ils sont remplacés dans la plupart des cas par un état nauséux.

La constipation a ici moins de valeur que chez le sujet jeune.

SIGNES PHYSIQUES :

La douleur provoquée par la palpation de la fosse iliaque droite est très souvent retrouvée.

Mais par contre la défense peut faire défaut complètement à cause de la flaccidité de la paroi ou elle peut ne pas être évidente à cause de l'obésité très fréquente à cet âge de la vie.

Le toucher rectal ou le toucher vaginal peuvent aider dans certaines formes basses.

SIGNES GENERAUX :

Quant aux signes généraux, ils sont le plus souvent au second plan. La température est un élément de diagnostic très variable. Les formes apyrétiques ou

très peu fébriles (37° 37°5) ne sont pas exceptionnelles et ceci même dans les formes anatomiquement graves.

Dans toutes nos observations d'appendicites aiguës typiques, il n'y n'y a que 2 cas où la température atteint 39°.

En fait, le diagnostic devrait s'imposer, comme chez le sujet jeune s'il n'était classique de se méfier d'autres affections: coliques néphrétiques, cholécystites, épithélioma colique, etc...

- PERITONITES APPENDICULAIRES GENERALISEES -

La péritonite appendiculaire généralisée peut être d'emblée ou secondaire à une cédation franche de la crise aiguë ou encore à une rupture d'un abcès appendiculaire dans le péritoine (péritonite en 3 temps).

Ici, comme dans les formes que nous venons d'étudier, les manifestations cliniques ne sont pas en rapport avec l'importance des lésions anatomiques.

La température est entre 37°5 et 38°5, une douleur soit à la fosse iliaque droite, soit diffuse à tout l'abdomen, quelques nausées ou vomissements et à l'examen, une défense abdominale, plus qu'une contracture ou parfois rien du tout : voilà le tableau d'une péritonite appendiculaire. Mais, en revanche dans presque tous les cas, on trouve à l'ouverture de l'abdomen, un appendice nécrosé, gangréné ou perforé.

Dans nos 10 cas de péritonites appendiculaires généralisées et nos 2 cas de péritonites pelviennes, l'examen anatomique montre :

10 perforations et
2 nécroses.

- APPENDICITES PELVIENNES -

L'appendicite aigüe pelvienne s'annonce par des douleurs basses, sus-pubiennes plus ou moins vives, des vomissements et des signes d'irritation pelvienne : ténesme vésical et dysurie, ténesme rectal, épreintes ... Tous ces symptômes évocateurs chez l'homme, posent chez la femme un diagnostic fréquemment difficile avec une salpingite aigüe, d'autant que l'association est possible.

Non opérée, parce que le malade n'a pas consulté, soit que le diagnostic n'ait pas été fait, cette forme d'appendicite peut aboutir à la constitution d'un abcès pelvien. Ce dernier s'annonce par des manifestations d'une suppuration par l'accentuation des troubles pelviens et au **toucher rectal** on sent une masse douloureuse. Cette masse serait formée par l'appendice malade qui attire les organes voisins avec lesquels il contracte des adhérences au coeur desquelles se prépare l'abcès.

- ABCES APPENDICULAIRES -

Il s'installe parfois avec franchise : la douleur s'exagère, devient vive, lancinante, des vomissements réapparaissent ainsi qu'une nouvelle interruption du transit : l'état général est altéré, l'anorexie, l'état saburral de la langue, l'apparition d'oscillations sur la courbe thermique, avec frissons et sueurs profuses. Localement le plastron se tend, devient exquisement douloureux en un point quelconque et se ramollit. Mais un tel tableau clinique est plutôt exceptionnel chez les gens âgés, ici l'abcès s'installe à bas bruit, la fièvre et les douleurs restent stables, seule la numération et la formule globulaire peuvent fournir de précieux renseignements en montrant une forte leucocytose avec polynucléose à 85,90%.

Il faut se méfier de telles suppurations et les faire inciser avant qu'elles ne fassent effraction dans la cavité péritonéale. La rupture de l'abcès dans le péritoine réalise une péritonite en 3 temps d'une terrible gravité.

En pratique, le tableau n'est pas aussi schématique : le médecin est appelé à examiner un malade âgé qui présente depuis quelques jours et parfois même quelques semaines, des troubles du transit consistant surtout en constipation parfois entrecoupées de diarrhées.

- donc troubles du transit
- des douleurs atténuées
- un peu de fièvre, autour de 38°
- et un léger amaigrissement.

A la palpation, on découvre une masse dans la fosse iliaque droite, parfois même plus haut dans le flanc droit ou plus bas dans la région sus-pubienne.

Un tel tableau clinique évoque certes un néoplasme coecal.

Mais ce classique diagnostic ne nous a pas, dans notre courte série, posé de problèmes parce que nous avons porté toute notre attention à l'étude des signes fonctionnels physiques et surtout radiologiques.

- FORMES OCCLUSIVES -

Ce sont classiquement les formes les plus fréquemment rencontrées et qu'on a voulu, avec les formes tumorales, faire l'apanage des sujets âgés. Ne sont-elles pas en vérité, que des aspects évolutifs, tardifs d'une crise aigüe non diagnostiquée, non diagnostiquée parce que la symptomatologie de début est fruste. La plupart de ces formes occlusives et tumorales sont des cas vus et opérés tardivement.

Ces formes ne sont pas propres aux sujets âgés et surtout ne sont pas les seules formes que l'on puisse observer chez les âgés.

Nous avons 3 cas d'appendicite occlusive. L'intervention a été pratiquée respectivement au 3^o jour, dans 2 cas, et au 11^o jour dans le dernier cas. Nous avons eu un décès, justement pour le cas où l'intervention a été pratiquée seulement au 11^o jour (Observation n^o 22 - 23 - 24).

C'est vraisemblablement les formes les plus graves, car aux phénomènes toxiques propres à la maladie, s'ajoutent les phénomènes toxiques dus aux troubles métaboliques par suite de l'occlusion.

Les appendicites occlusives peuvent se présenter sous 2 tableaux :

1^o - Dans le premier cas, le tableau appendiculaire est assez net pour que toute erreur de diagnostic puisse écartée, l'occlusion s'étant accompagnée de signes appendiculaires évidents ou forts probables.

Les signes péritonéaux en faveur de l'appendicite :

- la défense ou la contracture de la fosse iliaque droite
- l'hyperthermie à 38° 38°5

prennent le pas sur les signes d'occlusion :

- météorisme abdominal
- vomissements
- arrêt des matières et des gaz.

Certes dans de tels cas, on n'est jamais à l'abri d'une erreur de diagnostic, mais les conséquences en sont relativement peu importantes.

Résumons les éléments de diagnostic en faveur de l'appendicite :

- avant tout la défense ou la contracture localisée à la fosse iliaque droite
- l'élévation thermique
- le siège initial dans la fosse iliaque droite de la douleur spontanée
- l'hyperleucocytose
- et enfin un interrogatoire très serré et très bien mené en relovant un épisode datant de quelques jours avec douleurs abdominales de la fosse iliaque droite, vomissements et fièvre.

2° - Forme plus trompeuse :

où le symptôme occlusif apparait comme primitif et domine le tableau clinique.

Malgré un examen poussé et un interrogatoire attentif et précis, on ne trouve rien qui puisse attirer l'attention sur l'appendice. Habituellement dans ces cas, l'appendice est caché, profond ou en position anormale, ce qui expliquerait

le caractère fruste des symptômes de l'appendicite, difficile à mettre en évidence, ceci à plus forte raison chez des sujets âgés aux réactions péritonéales atténuées.

Dans de tels cas, le premier geste thérapeutique consiste à installer l'aspiration duodénale et à surveiller attentivement la courbe de la température. L'élément qui attire l'attention sur l'appendice au cours d'une occlusion, c'est l'existence d'une élévation thermique qui serait tenue comme signe de présomption en faveur de l'origine appendiculaire de l'occlusion. Elle doit toujours faire rechercher les signes de l'appendicite dans la fosse iliaque droite, leur absence n'élimine pas pour autant l'hypothèse d'une appendicite. De sorte que toute occlusion chez les sujets d'un certain âge doit faire penser systématiquement à une appendicite et pratiquer des examens nécessaires pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

Dans tous les cas, ne nous basons pas sur un signe, recherchons un groupe de symptômes qui permettra de poser sans erreur le diagnostic.

- D I A G N O S T I C -

Dans l'ensemble, étant donné le pronostic réservé à cet âge de la vie, (accidents cardio-vasculaires, escharres de décubitus, insuffisance rénale ...) la nécessité d'un diagnostic précoce s'impose.

Toutes les confusions sont possibles et ont été faites par des cliniciens les plus avisés avec toutes les lésions inflammatoires ou néoplasiques du coecum, du colon, des voies urinaires, des annexes et des éléments osseux du bassin et de la colonne vertébrale.

On prend l'appendicite pour une autre affection, mais le plus souvent c'est l'inverse.

Le diagnostic différentiel majeur et peut être le plus difficile est celui des lithiases vésiculaires.

Une de nos malades (cas XXXIII) Marie Louise B... a eu dans ses antécédents des crises douloureuses de la fosse iliaque droite qui ont été mises au compte d'une défaillance hépatique.

Elle a été opérée seulement au 5^o jour d'une crise aigüe : les suites opératoires ont été malheureuses : la malade était décédée au 6^o jour d'urémie.

Dans le sens inverse, nombreux sont les malades qui sont porteurs d'une cholécystite dont la symptomatologie prête souvent à confusion. Nous rapportons ci-dessus quelques observations, de cholécystites qui ont été prises pour des appendicites.

Marie B ... 76 ans

Depuis 24 heures : douleurs du flanc droit
pas de vomissements
arrêt des matières et de gaz
température à 39°

Examen : faciès rouge
ballonnement abdominal
contracture de la fosse iliaque droite assez
haute.
TV : Utérus gros, mobile
Cul de sac droit douloureux

Diagnostic clinique : appendicite aiguë
Diagnostic opératoire: péritonite par perforation d'une vésicule
biliaire calculeuse
(A noter : pas d'examens radiologiques préalables)

Charlotte C ... 72 ans

7-1-55 Douleurs de la fosse iliaque droite
Nausées, vomissements
Arrêt du transit

8-1-55 Même tableau clinique
Numération et formule sanguines GR : 5.180.000
GB : 23.200 PN 90%

Examen : légère défense au point de Mac-Burney
Hypochondre normal (droit)
Fosse lombaire droite normale

Radios : Quelques niveaux liquides à l'iléon terminal
Diagnostic clinique : Appendicite suppurée
Diagnostic opératoire : Cholécystite calculueuse aigue.

Armand Ch... 63 ans

Malade vu d'urgence pour : fièvre à 40°
syndrome péritonéal à droite

Antécédents : malade gros mangeur, obèse
il aurait eu il y a vingt ans une crise
identique (cholécystite aigue comme
diagnostic)

Examen : faciès vultueux
contracture et douleur à droite à maximum sous
costal

Diagnostic clinique : Péritonite par perforation de
vésicule ou appendicite perforée

Diagnostic opératoire : Péritonite biliaire.

Eugénie G ... 60 ans

7-9-52 A 0 heures

Brusquement douleur au flanc droit
nausées
température à 38°

A 19 heures $\frac{1}{2}$

SF / idem

Examen : tout le flanc droit est douloureux
défense à ce niveau
Epigastre et fosse lombaire droites : normaux
TV : Utérus mobile
douleur du Douglas

Antécédents : nuls

Diagnostic opératoire : Cholécystite calculieuse aiguë

Olga M... 51 ans

Depuis le 18-5-58 Douleur de la fosse iliaque droite

Nausées

Arrêt partiel du transit

Antécédents : crises identiques depuis des années

1949 : colique néphrétique

U.I.V. reins polykystiques

Examen : malade obèse, hypertendue instable

Flanc droit : douleur un peu en dedans et au
dessus du Mac Burney

Fosses lombaires : normales

TV : rien à signaler

Diagnostic : appendicite aiguë

Diagnostic opératoire : Pyocholécyste calculeux

(Pas d'examens radiologiques préalables)

Ces quelques observations nous montrent combien il est difficile de distinguer une appendicite d'une cholécystite. Bien entendu, dans les cholécystites calculieuses, nous avons dans les antécédents des coliques hépatiques, nous avons ce qu'on appelle des syndrômes de 3 jours (faits de douleurs, de céphalées, de vomissements, de diarrhées), nous avons des périodes de subictère, mais malheureusement ce qui n'est pas toujours le cas et le diagnostic ne sera fait qu'à l'intervention.

2° - Colique de néphrétique droite

Certaines lithiases urétérales droites se présentent sous l'aspect clinique d'une appendicite aigue, témoin cette observation ci-dessous :

Berthe M ... 54 ans

Depuis Août 1955 : douleur de la fosse iliaque droite

un lavement baryté montre l'absence de l'injection de l'appendice

La numération et la formule sanguines sont normales.

14-1-56 Examen : Le point de Mac Burney est sensible, mais la fosse lombaire droite est aussi douloureuse

GB : 11.000 dont 81% de PN

Les examens radiologiques révèlent une image de calcul urétéral droit lombaire.

3° - L'erreur habituelle est de prendre pour un cancer du coecum avec infection de voisinage, soit l'appendicite subaigue à type d'occlusion d'emblée soit le plastron, soit l'abcès. Les cas où l'on sent nettement le coecum infiltré avec ses contours indurés, mobile dans la fosse iliaque droite, à peu près indolore à la palpation, sans élévation de la température et des troubles progressifs du transit intestinal, des hémorragies (sang évacué avec une selle, glaire sanglante évacuée à l'occasion d'un faux besoin, hémorragie abondante solitaire ...) permettent le diagnostic du cancer, mais on les rencontre rarement aussi nets. Certaines appendicites débutent par des troubles digestifs durant des mois, certains cancers ont comme premier signe la crise d'occlusion avec infection de voisinage.

4° - Les affections génitales, dont la plus trompeuse est la salpingite. Rien n'y manque : la douleur à droite dans la salpingite droite, l'élévation de la courbe thermique, l'hyperleucocytose et des troubles du transit de réflexe.

La réciproque est aussi vraie. Nous avons pris une appendicite pour une affection génitale, en l'occurrence un kyste ovarien infecté; la radiologie n'a pas pu ici redresser le diagnostic (obs. XXXI), il s'agissait en fait d'abcès multiples de l'appendice.

LES ELEMENTS CLINIQUES DU DIAGNOSTIC

Nous avons passé en revue, lors de l'étude des formes cliniques, les éléments cliniques du diagnostic. Rappelons brièvement :

1° - Les signes fonctionnels peuvent être réduits à la seule douleur. Si elle est presque toujours constante, son siège est variable. Généralement elle se localise à la fosse iliaque droite, mais elle peut être diffuse, soit d'emblée, soit secondairement ou au contraire, elle commence par être diffuse pour se localiser ensuite à la fosse iliaque droite. Enfin la douleur de siège atypique n'est pas exceptionnelle.

Nausées et vomissements

Constipation ou diarrhées.

2° - Les signes généraux : ils sont au second plan. Aucun parallélisme n'existe entre les signes généraux et les altérations anatomiques. Nous avons trouvé seulement 5 fois une température à 39° et au dessus. Par contre, nous avons relevé 2 appendicites absolument apyrétiques. Il s'agit des observations n° XXI (péritonite pelvienne par perforation appendiculaire) et n° XXVII (appendicite herniaire, perforation appendiculaire). La majorité de nos malades ont une température qui oscille entre 37°5 et 38°.

3° - Les signes physiques : Vient en tête la douleur provoquée. Elle est pratiquement constante. Son absence, exceptionnelle d'ailleurs, rend le diagnostic très ardu.

* La contracture et la défense font souvent défaut, quelles que soient la forme clinique et la gravité anatomique de l'appendicite.

Exemples : Appendicites aiguës typiques Obs. I et IV

Péritonites appendiculaires généralisées Obs. XI, XV,
XVII

Péritonite pelvienne Obs. XX

Forme occlusive Obs. XXIV

LES ELEMENTS PARACLINIQUES

Nous accordons une grande importance à la numération et à la formule sanguines. En effet, il y a toujours une hyperleucocytose avec polymucléose neutrophile. Dans tous les cas où ces examens sont demandés, nous retrouvons une hyperleucocytose au dessus de 12.000, celle-ci peut atteindre jusqu'à 30, 35.000. Quant à la polymucléose neutrophile, elle est un signe très fidèle, des chiffres de 72%, 75% sont constamment retrouvés.

LES EXAMENS RADIOLOGIQUES DES APPENDICITES AIGUES

Leur importance est considérable, mais ils ne sauraient résoudre seuls tous les problèmes que pose le diagnostic des appendicites.

Les examens cliniques, radiologiques et de laboratoire forment un tout. Ils se complètent mutuellement, les examens radiologiques considérés isolément perdraient toute leur valeur.

Nous avons à considérer dans cette étude, l'apport des examens radiologiques dans les appendicites aiguës d'une part et des éléments différentiels qu'ils sont susceptibles d'autre part de nous fournir dans les autres lésions du carrefour iléo-coecal.

Nous demandons pour les malades suspects d'appendicite :

1° - des clichés de l'abdomen sans préparation, comportant au moins une face debout centrée sur les coupoles, une face debout centrée plus bas sur l'abdomen et un décubitus, le malade couché sur le dos : ceci pour avoir la topographie et la tension des clartés intestinales.

2° - un lavement baryté qui, pratiqué avec prudence, ne comporte normalement aucun risque. Il doit être fait sous basse pression et de préférence sans sonde de Poulinquen.

APPENDICITES AIGUES BANALES

On ne demande habituellement le concours radiologique que lorsqu'il existe des anomalies symptomatiques, ce qui est précisément chez les gens âgés :

- les clichés de l'abdomen sans préparation montrent rien de spécial, sinon des signes négatifs (absence des calculs vésiculaires chez la femme ou urétéraux chez l'homme). On peut même avoir exceptionnellement la chance de l'explication clinique par l'existence des corps étrangers ou des calculs appendiculaires. Parfois on note une anse iléale terminale aérique ou hydroaérique.

- le lavement baryté permet de rechercher sous scopie un signe qui est pratiquement constant, celui de la douleur élective du bord interne du bas fond coecal, sauf dans le cas où l'appendice est long, il est possible d'avoir une douleur à distance en cas d'appendicite de la pointe.

- la non perméabilité de l'appendice enflammé est très discuté. Car on a remarqué que des appendices sains, quand ils sont pleins de matières, peuvent ne pas être injectés par la baryte, alors que des appendices malades pourraient par contre être injectés.

- il en est de même de l'hypertonie coecale et celle de la valvule de Bauhin.

On peut préciser en outre, de l'étude des clichés radiologiques, la situation du bas fond coecal : le coecum peut être mobile ou récurvatum, la situation de l'appendice lui-même, il peut être en position normale ou pelvienne ou rétrocoecale ou encore mésocolique. Le chirurgien muni de tous ces renseignements, ne perdra pas son temps pour repérer la position de l'appendice, ce qui évitera de faire des tractions inutiles et traumatisantes sur le coecum ou sur le grêle.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Sur les clichés sans préparation, on notera la présence des calculs urétéraux ou vésiculaires, sur les clichés du lavement baryté l'intégrité des parois coliques. Les diverticules coliques sont exceptionnels.

ABCES APPENDICULAIRES :

Ce sont des appendicites aiguës, dont tout ce qui est dit précédemment est valable. Quelques particularités leur sont propres :

- l'appendice est imperméable ou irrégulier, s'il est perméable, il est absolument fixé.
- l'hypertonie coecale est constante
- le coecum est fixé, déplacé, déformé avec une empreinte arciforme sur son bord interne.
- le lavement baryté pourra enfin objectiver un refoulement, ce qui se traduirait par une plage déserte entre le grêle et le bord interne du coecum. Au point de vue technique, il serait souhaitable dans les abcès appendiculaires d'éviter une compression brutale ou mieux encore de ne pas faire de compression du tout.

PERITONITES APPENDICULAIRES

C'est le diagnostic des occlusions inflammatoires et fébriles.

Abdomen sans préparation : en plus des clichés debout et de décubitus dorsal, des clichés de face en décubitus latéral droit et gauche, de profil en décubitus dorsal sont nécessaires.

Ces clichés nous montrent une dilatation systématisée portant sur les anses terminales, le colon ne participe pas à cette dilatation, le jéjunum y participe quelquefois. Les anses intestinales apparaissent dilatées, hydro-aériques, exagérées et le dessin particulièrement net des parois joints à une diminution de la transparence déclive témoignent d'un épanchement intra-péritonéal.

Mais des modifications radiologiques peuvent être le fait d'autres péritonites catarrhales

- iléite aigue
- cholécystites aigues
- sigmoidites
- pelvi-péritonites

Certaines occlusions mécaniques (brides et adhérences grêles) ou fonctionnelles (hématomes rétropéritonéaux et coliques néphrétiques) peuvent aussi donner le change.

L'étude des antécédents, la clinique, le laboratoire aideront à préciser le diagnostic positif.

On n'oubliera pas qu'une urographie intraveineuse ou une cholangiographie intraveineuse devra être pratiquée de préférence avec le lavement baryté afin d'en tirer le maximum de conclusions.

*

* *

En matière d'appendicite aiguë, on ne demande habituellement l'examen radiologique que lorsqu'il existe des anomalies symptomatiques. La radiologie n'a ni la possibilité, ni la prétention de répondre à tous les problèmes, mais elle contribue à résoudre une grande partie.

PREPARATION A L'INTERVENTION

Le diagnostic posé et l'intervention décidée, il est indispensable de préparer le malade, les opérations immédiates sont sources d'accidents souvent mortels.

- accidents anesthésiques surtout (éruption des vomissements dans les voies respiratoires, spasme glottique ...)
- accidents cardio-vasculaires aussi

Il y a tout à gagner et rien à perdre à attendre quelque temps. Ce délai permettra de faire pratiquer d'urgence :

- un dosage d'urée sanguine
- un test de Phillips-Van Slyke
- un delta cryoscopique
- et éventuellement tout autre examen justifié par l'existence d'une tare retrouvée à l'examen ou à l'interrogatoire.

Il permettra de corriger partiellement les troubles cardio-vasculaires

- les barbituriques pour les hypertendus
- aminophylline ou ouabaine pour les hyposystoliques
- spartéine et sérum glucosé hypertonique dans tous les cas.

Il permettra de corriger les troubles respiratoires :

- procaine intraveineuse lente
- oxygénothérapie

Bien entendu la préparation habituelle ne sera pas négligée

- atropine à assez forte dose
- calmants légers contre l'anxiété

Dans certains cas désespérés, l'hibernation peut trouver là une indication, mais s'adressant à des sujets âgés, elle devra être maniée avec prudence extrême et surtout très peu prolongée, les escharres et les urémies étant là particulièrement fréquentes.

T R A I T E M E N T

Le traitement ne saurait comme chez le sujet jeune, être enfermé dans les limites étroites de l'appendicectomie ou du drainage d'un abcès.

L'acte chirurgical d'exérèse est certes prépondérant, mais il faut qu'il soit accompagné du traitement de l'occlusion toujours à craindre, du traitement de la toxi-infection de la péritonite.

L'appendicectomie est de principe sauf :

1° - pour le plastron où les difficultés techniques peuvent prolonger dangeureusement l'intervention.

2° - pour les abcès où il est classique de tolérer le simple drainage quitte à revenir plus tard. L'ablation de l'appendice dans notre pratique ne nous a pas semblé aggraver l'intervention. Le drainage est pour nous une nécessité absolue, drainage au foyer toujours, drainage du Douglas en cas de péritonite généralisée.

Depuis quelques mois nous le complétons par une aspiration continue et il semble que l'évolution favorable en soit hâtée.

Le traitement de l'occlusion est de règle, l'aspiration duodénale continue est maintenant pratiquée systématiquement, en même temps que la correction de l'équilibre hydro-électrolytique.

Le traitement de la toxi-infection doit être, autant que possible, spécifique, c'est pourquoi s'impose la recherche de la sensibilité aux antibiotiques des germes du pus prélevé.

Le refroidissement par la glace sur le ventre et l'administration du sérum glucosé hypertonique nous ont paru avoir un effet adjuvant certain.

- A N E S T H E S I E -

Tout, dans l'appendicite aigüe, concourt à rendre l'anesthésie difficile: urgence, tare, infection, occlusion.... Le point capital est d'oxygéner largement et d'une façon continue le patient, c'est dire qu'il faudra rejeter le protoxyde d'azote et se méfier des barbituriques. L'éther est tolérable à condition que les voies respiratoires soient bien perméables, mais l'induction est pénible.

Notre préférence va :

1° - au cyclopropane qui permet d'oxygéner à 80%, mais il n'est pas sans danger pour le coeur.

2° - surtout à l'hydroxypregnandiol (viadril) qui permet une oxygénation parfaite, et qui nous a semblé donner une anesthésie aussi profonde que les anesthésies classiques, à condition de l'administrer à la dose environ de 1 gramme dans une perfusion intraveineuse lente.

- COMPLICATIONS PROPRES AUX INTERVENTIONS CHEZ LES GENS AGES -

Les complications sont multiples, les unes sont d'ordre local, d'autres plus graves sont d'ordre général.

1° - Désunion de la paroi, éventration

2° - Escharres de décubitus, dont la prévention doit être systématique par le lever précoce, par le changement de position, les soins du siège, les massages.

3° - Complications pulmonaires qu'on peut prévenir par la spirométrie, l'administration des potions expectorantes ...

4° - Complications thrombo-emboliques, auxquelles on s'oppose par le lever précoce, les vérifications du temps de coagulation. On aura recours aux anticoagulants à la moindre alarme des troubles de la crase sanguine.

5° - Complications cardiaques : il ne serait pas superflu de surveiller régulièrement la tension artérielle et l'état du coeur de ces malades.

6° - D'autres complications telles que : la cachexie, l'anémie, l'azotémie peuvent venir troubler les suites opératoires.

7° - Problèmes des complications occlusives post-opératoires :

Nous distinguons : les occlusions précoces (précoces immédiates
(précoces retardées
les occlusions tardives.

Nous envisageons ici seulement les occlusions précoces. Dans les états occlusifs post-appendiculaires précoces immédiats ou précoces retardés, il faut

commencer par s'assurer qu'il n'existe aucune cause pariétale susceptible d'avoir provoqué l'état occlusif.

En l'absence de cause pariétale :

- dans les péritonites occlusives drainées, l'indication d'une réintervention est rare, il est préférable de recourir à un traitement médical (antibiotiques, aspiration, alimentation pariétale). On peut empêcher dans une certaine mesure ces complications par une réanimation correcte, la mise d'une sonde gastro-duodénale pour aspiration, immédiatement après l'intervention.

- dans les occlusions batardes, par agglutination d'anses grêles, il ne faut pas se presser de réintervenir, mais recourir au même traitement que celui indiqué dans les péritonites occlusives : ce traitement suffira à faire céder le syndrome occlusif. Si cependant le cours des gaz ne se rétablit pas, si le syndrome occlusif persiste, la réintervention s'impose.

- il y a enfin des occlusions aiguës par volvulus ou brides qu'il faut savoir reconnaître cliniquement et radiologiquement, ce qui est très difficile, ces cas sont rares mais ils imposent la réintervention.

- P R O N O S T I C -

Il est sérieux, beaucoup plus que chez les sujets jeunes. Les statistiques ne donnent pas les mêmes chiffres, mais tous les auteurs s'accordent pour souligner la gravité de l'appendicite chez les vieillards malgré les progrès considérables réalisés depuis quelques années dans le domaine de l'anesthésie, de la réanimation associées à l'aide puissante des antibiotiques. Cette gravité est bien la marque propre des appendicites chez les sujets âgés. Si la mortalité chez l'adulte jeune ne dépasse pas en général 1%, elle atteint des pourcentages incomparablement supérieurs chez les vieillards. Plusieurs facteurs entrent en jeu pour expliquer cette mortalité importante.

1° - la maladie est grave par elle-même

2° - le terrain est particulièrement fragile : il s'agit le plus souvent des malades porteurs de tares organiques : affections cardiaques, hypertensions, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale...

3) - mais nous pensons que le facteur primordial de cette mortalité est le délai parfois considérable entre le début de la maladie et le traitement. Nous avons noté l'heure de l'opération de nos cas :

Voici les résultats :

1° jour	-	10 cas
2° jour	-	6 cas
3° jour	-	6 cas
4° jour	-	8 cas
5° jour	-	2 cas

6° jour - 1 cas

7° jour et au delà - 5 cas

Il y a encore beaucoup de malades qui arrivent trop tard au chirurgien.

Sur un nombre total de 39 malades, nous en avons perdu 3 dans les circonstances suivantes :

Cas n° XXII - Yvone N... Péritonite occlusive vue et opérée seulement
au 11° jour
Décédée 12 heures après l'opération

Cas n° XXXI - Léonne V... Absès multiples
Malade vue seulement au 9° jour
Décédée au 3° jour d'une anurie

Cas n° XXXIII - Marie B... Absès appendiculaire
Malade vue au 5° jour
Décédée au 6° jour d'une urémie.

L'auteur américain F.F. BOYCE, dans American Journal Digestive Diseases 1941, a montré la relation étroite entre la mortalité des appendicites aiguës d'une part, et le délai de l'hospitalisation des malades d'autre part :

1° - Malades admis moins de 12 heures après le 1er symptôme

Nombre total des cas	Morts	Pourcentage
622	9	1,3%

Nombre des malades âgés de plus de 39 ans	Morts	Pourcentage
45	6	13%

2° - Malades admis moins de 24 heures après le premier symptôme

Nombre total de cas	Morts	Pourcentage
1110	27	2,43%

Nombre de malades âgés

de plus de 39 ans	Morts	Pourcentage
107	10	9,3%

3° - Malades admis moins de 48 heures après le premier symptôme

Nombre total des cas	Morts	Pourcentage
976	54	5,5%

Nombre de malades âgés

de plus de 39 ans	Morts	Pourcentage
88	15	17%

Nous pouvons constater que la mortalité est en fonction non seulement de l'âge des patients, mais aussi et surtout du délai d'hospitalisation et par voie de conséquence, d'une thérapeutique active et adéquate. Ce délai est relativement grand, il y a plusieurs raisons à cela :

- Retard que met le patient ou la famille à demander l'aide médicale, ceci est particulièrement compréhensible quand on pense à la fréquence des douleurs abdominales chez ce groupe de malades, d'autant plus que ces douleurs évoquent avant tout, dans l'esprit du médecin, la constipation, les dyspepsies, les embarras gastriques ... la sensibilité à la douleur abdominale est réduite et les manifestations cliniques d'une appendicite aigue peuvent être plus facilement ignorées. Il n'est donc pas surprenant que l'appendice est rarement mis en cause, jusqu'à ce que la maladie est déjà à un stade avancé.

• Difficulté de diagnostic : elle contribue au retard de l'hospitalisation du malade. Dans de nombreux cas, il est impossible d'établir un diagnostic, si on n'a pas recours à la laparatomie exploratrice.

Le médecin s'abstiendra, tant qu'un doute persistera sur la nature du syndrome douloureux abdominal, de prescrire un traitement intempestif : administrer une purgation, donner un lavement, pratiquer une injection médicamenteuse calmante... Un tel traitement non seulement dangereux dans bien des cas, ne fait que rendre plus difficile un diagnostic déjà malaisé. Par contre, l'application d'une vessie de glace sur l'abdomen pourrait en quelques quarts d'heure éclaircir le tableau clinique.

- LES APPENDICITES AIGUES CHEZ LES MALADES
DE PLUS DE 50 ANS

C O N C L U S I O N S

I - Dans une série de 785 appendicites aiguës, nous avons relevé 39 cas chez des sujets de plus de 50 ans. Cette proportion est inférieure à celle donnée dans les autres statistiques. L'étude de nos dossiers nous amène aux conclusions :

I - Le fait le plus saillant, d'ailleurs bien connu, est le retard apporté à la sanction chirurgicale; en moyenne, le délai entre l'apparition des premiers symptômes et l'intervention a été de Quatre jours.

De cette notion découlent les particularités anatomiques, et dans une certaine mesure, cliniques.

II - C'est, en effet, la perforation appendiculaire qui est de règle : 20 cas sur 39, avec comme conséquence péritonéale, soit une péritonite généralisée, (10 cas) soit une péritonite localisée (13 cas). Mais en étudiant les cas d'appendicite aiguë vus tardivement (au delà de 3 jours) chez les sujets jeunes, nous nous sommes aperçus que la perforation était la même pour la fréquence de la perforation et que, pour le retentissement péritonéal, il y avait une prédominance inverse de la péritonite généralisée sur la péritonite localisée. On ne saurait donc isoler les formes anatomiques du sujet âgé.

III - De même, les aspects cliniques que nous avons observés ne s'écartent guère des tableaux habituels, si nous mettons à part deux cas d'appendicite herniaire. Comme dans les formes juvéniles traitées tardivement s'associent de façon variable, occlusion fébrile et péritonite toxique.

IV - La vraie caractéristique des appendicites des sujets de plus de 50 ans est d'ordre de diagnostic. C'est dans seulement 10 cas que le diagnostic a été fait d'emblée par le médecin traitant. Dans les 29 autres il était au départ erroné, celui de colites étant le plus souvent invoqué, justifiant une abstention désastreuse. Sur ces 29 cas, le diagnostic était devenu évident à notre premier examen. Parmi les 7 cas où notre diagnostic fut faux, deux fois nous aurions été tentés de ne pas intervenir pensant à une affection médicale. Ce fut la radiographie qui décida de l'intervention. Par contre, nous avons opéré à plusieurs reprises des cholécystites aiguës sur un diagnostic d'appendicite. L'erreur avec un cancer colique ne s'est pas produite à cet âge.

V - La numération globulaire avec formule sanguine ainsi que l'examen radiologique nous paraissent chez le sujet de plus de 50 ans présentant une douleur de la fosse iliaque droite avec ou sans fièvre, une nécessité impérieuse.

a - la leucocytose avec polynucléose est absolument constante

b - l'examen radiologique comprendra au minimum un cliché sans préparation du malade debout puis couché; la constatation d'une anse iléale dilatée en arc avec niveau liquide est un élément que nous considérons comme décisif pour le diagnostic. Le lavement baryté malgré les critiques pertinentes qui lui sont opposées, peut s'il est administré par un spécialiste compétent, donner des renseignements irremplaçables pour le diagnostic de certains abcès profonds en montrant l'image en cupule caractéristique.

VI - Le traitement comprend trois stades :

a - une préparation médicale de quelques heures, visant à lutter contre l'occlusion et la défaillance cardiaque qui sont les deux écueils de la maladie.

b - une intervention courte en durée sous anesthésie générale assurant une oxygénation parfaite. L'ablation de l'appendice peut et doit être toujours réalisée, sauf en cas de plastron. Le drainage s'impose.

c - les soins post-opératoires sont plus qu'ailleurs décisifs pour le résultat. Il faut lutter contre l'infection par les antibiotiques appropriés, lutter contre l'iléus par l'aspiration duodénale ou jéjunale combinée à la rééquilibration des électrolytes, prévenir enfin les accidents de décubitus et les phlébites.

VII - Les résultats dépendent avant tout de la précocité du traitement. En deçà de 5 jours, nous n'avons eu à déplorer aucun décès. Au-delà de 5 jours, nous en avons observé 3 sur 8 cas. A notre avis, la constatation d'un syndrome de la fosse iliaque droite fébrile ou non qui, chez un sujet de plus de 50 ans, dépasse 12 heures, nécessite sans différer davantage, l'étude de la formule sanguine et un examen radiologique.

Noms	Ago.	Début et fin de traitement	Formes cli.		D. clinique	D. radiolog.	Aspoat anat.		Suites opér.
			Appen. aigue	"			Appendice infl.	Suites simples	
I Joséphine B ..	60	1	Appen. aigue	"	+	-	Appendice infl.	Suites simples	Suites opér.
II Albert C	54	2	"	"	+	-	Appendice infl.	Eventration	
III Edmond D	63	1	"	"	+	-	Appendice infl.	Suites simples	
IV Palmyre S	60	4	"	"	+	-	Mucocèle	Suites simples	
V Louis D	62	1	"	"	+	-	Appendice infl.	Suites simples	
VI Emile F	61	1	"	"	+	-	Appendice infl.	Suites simples	
VII Marie C	65	3	"	"	+	-	Appendice infl.	Suites simples	
VIII Jean S	58	?	"	"	+	-	Gangrène	Fistule coecale	
IX Clotilde B ...	54	2	"	"	+	-	Appendice infl.	Suites simples	
X Gilberte C ...	54	4	P.A.G.	"	+	-	Nécrose	Suites simples	
XI Alice D	53	6	"	"	+	-		Suites simples	
XII Lucienne P....	58	3	"	"	+	-	Perforation	Suites simples	
XIII David L	53	4	"	"	+	-	Perforation	Suites simples	
XIV Yvonne D	50	2	"	"	+	-	Perforation	Suites simples	
XV Charlotte J ...	57	2	"	"	+	-	Perforation	Suites simples	
XVI Gabriel N	72	1	"	"	+	-	Gangrène	Suites simples	

XVII	Olga L	60	2.	P.A.G.	+	-	Perforation	Suites simples
XVIII	Henriette M ...	50	1	"	+	-	Perforation	Suites simples
XIX	Charles L	80	1	"	+	-	Perforation	Eventration
XX	Angéline F	64	4	Péritonite polv.	+	+	Perforation	Suites simples
XXI	Lucienne L	57	1	"	"	+	Perforation	Suites simples
XXII	Yvonne N	58	11	Occlusion	+	-	Perforation	D C D 12° heure
XXIII	Olympe N	55	3	"	+	-	Perforation	Suites favorables
XXIV	Henriette Y ...	59	3	"	"	C.N.D. Volvulus coecal	"	Occlusion bride
XXV	Lucie C	56	3	Plastron	+	-	Appendice infl.	Suites simples
XXVI	Marie Anné G ..	57	5	"	+	-	Appendice infl.	Granulome lipographique de la cicatrice
XXVII	Fortuné G .K...	69	4	"	+	-	Appendice infl.	Suites favorables
XXVIII	Denise P	55	30	"	+	-	Appendice infl.	Suites simples
XXIX	Antoine L	68	4	Abcès	+	-	Perforation	Suites simples
XXX	Marcelle L	66	2	"	+	-	Perforation	Suites simples

XXXI	Léone V	65	9	Abcès	K.O. infecté	-	Perforation	Anurie D.C.D. 3 ^e jour
XXXII	Louis S	84	4	"	Prostatite aiguë	-	Perforation	Démence sénile passagère
XXXIII	Marie B	58	5	"	Cholécystite	-	Perforation	Urémie D.C.D. 6 ^e jour
XXXIV	Maurice D	52	11	"	Colite	+	Gangrène	Délirium tremens
XXXV	Marcel H	65	4	"	+	+	Perforation	Suites simples
XXXVI	André N	58	3	"	+	+	Perforation	Désunion de la paroi
XXXVII	Louise G	69	16	"	+	+	Tumeur	Phlébite
XXXVIII	Emile D	51	2	App. herniaire	Epi- ploïto	-	Nécrose de la pointe	Occlusion du jéjunum
XXXIX	Marcel B	62	1	"	Epi- ploïto étranglé	-	Perforation	Eventration

- A P P E N D I C I T E S A I G U E S -

Albert C 54 ans

22-9-58 Début : douleur vive de la fosse iliaque droite
Pas de nausées, ni de vomissements
Constipation
T° 37°9
Pouls 92

23-9-58 T° 38°4 Pouls 104
Abdomen souple
Mac-Burney très douloureux à la palpation
TR rien à signaler
Examen de laboratoire :
 urée sanguine 0,30g/l
 GR 3.960.000
 GB 13.000 PN 72%

24-9-58 INTERVENTION : Appendicite aigue rétrocoecale
Appendice inflammatoire

SUITES OPERATOIRES : EVENTRATION

Palmyre S 60 ans

Se plaint de la fosse iliaque droite depuis plusieurs années
Depuis 4 jours environ la douleur se fait plus violente

T° 37°5

Pas de troubles digestifs

Examen : ventre souple

Point de Mac Burney

Pas de tumeur

INTERVENTION : Mucocèle appendiculaire

SUITES OPERATOIRES

Louis D 62 ans

18-9-49 Dès le matin douleur inguinale au niveau de la hernie
inguinale

Nausées

Arrêt du transit

Pas d'élévation de la température

Examen du médecin traitant : hernie inguinale douloureuse
mais facilement réduite

Diagnostic : appendicite

Dans l'après midi : rémission de la douleur

à 19h $\frac{1}{2}$ Examen : douleur de la fosse iliaque droite mais aussi
douleur très vive au niveau du collet d'une hernie
épigastrique

Diagnostic : épiplocèle étranglée

INTERVENTION : Appendicite et faux étranglement de Broca
Appendice inflammatoire

SUITES SIMPLES

Emile P 61 ans

4-9-49 A 10 heures : douleur épigastrique avec vomissements puis
douleur de la fosse iliaque droite.

T° 39°

Examen : fosse iliaque très douloureuse et contractée

Le reste de l'examen est normal

INTERVENTION

Appendice inflammatoire

SUITES SIMPLES

Clotilde B 54 ans

21-3-57 A 21 heures brusquement : douleur à type de colique
prédominant à droite

T° 39°

Nausées

22-3-57 A 23 heures examen : femme obèse

Défense de la fosse iliaque droite

TV rien à signaler

23-3-57 Examens radiologiques : niveau liquide coecal

Iléus terminale

Empreinte coecale

Examens de laboratoire :

urée sanguine : 0,30g/l

GR 4.610.000

GB 11.000 PN 71%

INTERVENTION :

APPENDICE INFLAMMATOIRE

SUITES SIMPLES

- PERITONITES APPENDICULAIRES GENERALISEES -

Gilberte C 54 ans

29-10-53 Douleur brusque de la fosse iliaque droite

31-10-53 Vomissements

1-11-53 Douleur et défense de la fosse iliaque gauche

La palpation de l'hypocondre droit, qui est sensible
provoque une répercussion douloureuse de la fosse iliaque
droite

TV douloureux à droite

INTERVENTION :

Péritonite appendiculaire

Appendice entièrement nécrosé

SUITES SIMPLES

Alice D 53 ans

Depuis 6 jours : douleur de la fosse iliaque droite

Depuis 48 heures : anorexie

Examen : abdomen météorisé

douleur abdominale diffuse avec prédominance
à droite

avec point de douleur exquise au Mac Burney

TV : douleur assez vive à droite

Rx : lavement baryté : pas d'image d'occlusion

élévation normale du coecum

La numération sanguine montre une hyperleucocytose à 12.000

T° 37°8

Pouls 100

INTERVENTION :

Péritonite appendiculaire

Appendice long, fixé à la paroi pelvienne

Abscès à la partie distale

SUITES SIMPLES

Charlotte J 57 ans

19-12-52 Progressivement : douleur de la fosse iliaque droite

Constipation

T° 38°5

Pas de vomissements

20-12-52 Examen à point douloureux net au point de Mac Burney

mais ventre souple

TV rien à signaler

21-12-52 INTERVENTION : Appendice rétro-coecal perforé

SUITES SIMPLES

Olga L 60 ans

17-4-57 Début : douleur épigastrique en barre, qui s'étend
progressivement à tout l'abdomen, mais surtout à droite

Nausées

T° 38°8

Antécédents : plusieurs crises de même type, mais moins
fortes

18-4-57 Douleur abdominale, prédominance dans l'hypocondre droit
et le petit bassin

Pas de défense abdominale

Point de Mac Burney net

T° 38°8

Examens radiologiques : le lavement baryté montre une image d'empreinte sur le bord interne du coecum au niveau de la base d'implantation de l'appendice.

L'appendice n'est perméable que sur une courte partie de son trajet.

Les images radiologiques sont en faveur d'une appendicite.

INTERVENTION :

Péritonite appendiculaire

Appendice perforé

SUITES SIMPLES

Henriette M

13-6-54

Début : douleurs épigastriques

Pas de troubles du transit

14-6-54

Examen : femme énorme, respirant difficilement
geint continuellement

Gros ventre tendu, mat

Contracture généralisée à prédominance sus-ombilicale

Douleurs à la palpation de tout le ventre

Douglas très douloureux

Examens de laboratoire : GR 3.240.000

GB 16.000 PN 92%

T° 37°5

Pouls 100

Examens radiologiques :

Abdomen sans préparation : pas d'images d'obstruction
intestinale

Absence de pneumopéritoine

Pas de calcul visible

MALADE MISE EN OBSERVATION - aspiration gastro-duodénale les douleurs sont
nettement calmées

la contracture est presque disparue
Maximum de douleur au point de Mac Burney
Examens radiologiques : même résultat

INTERVENTION : Péritonite appendiculaire par perforation

SUITES OPERATOIRES : Complications cardiaques

Charle L 80 ans

18-8-58 Douleurs abdominales, sans siège net mais prédominance
toutefois à la fosse iliaque droite.

Vomissements

Ballonnement abdominal

19-8-58 Pas de douleurs spontanées, mais la palpation est
douloureuse à la fosse iliaque droite
Abdomen très météorisé, cependant il n'y a pas d'arrêt
absolu de matières et de gaz, le malade aurait eu quel-
ques gaz avant l'admission.

T° 38°

Pouls irrégulier

Examens de laboratoire :

hyperleucocytose à 20.000 avec 80% de PN

urée sanguine : 0,35g/l

test de Philips et de Van Slyke

protides totaux : 74,50 g/l

hématocrite : 43%

Examens radiologiques : abdomen sans préparation et
lavement baryté :

Réaction occlusive du grêle surtout iléal. Pas fond coecal
fixé, récurvatum. Empreinte arciforme postéro-inférieure.

Diagnostic : Appendicite aigue sans doute abcès rétro-coecal

19-8-58 à 16 heures : INTERVENTION : Appendicite aigue par perforation
appendiculaire.

SUITES OPERATOIRES : Eventration.

- PERITONITES PELVIENNES -

Angéline F 64 ans

17-12-58 Début : douleurs de la fosse iliaque droite.

Pas de vomissements, mais nausées

T° 39°

19-12-58 Examen

T° 38°7

Pouls 90

Douleur nette au Mac Burney

Laboratoire : urée sanguine : 0,30

GR 4.440.000

GB 36.000

PN 90%

Rx : signes en faveur de l'appendicite

INTERVENTION :

Péritonite pelvienne

Appendice perforé

SUITES SIMPLES

Lucienne L 57 ans

Nuit du 16 au 17 Janvier 1957 : douleur hypochondre droit

T° 37°

Pas d'arrêt du transit

17-1-57 à 16 heures : Examen : défense basse

TV rien à signaler

Laboratoire : urée sanguine 0,30g/l

INTERVENTION : Péritonite pelvienne par perforation appendiculaire

SUITES SIMPLES

- PERITONITES OCCLUSIVES D'ORIGINE APPENDICULAIRE -

Olympe N 53 ans

Depuis 3 jours : douleur abdominale

Depuis 48 heures : arrêt du transit

Vomissements

Examen : malade obèse difficile à examiner

Ballonnement - Contracture

INTERVENTION : Appendice perforé

SUITES OPERATOIRES SIMPLES

Henriette Y 59 ans

Depuis 1956 : crises douloureuses du flanc droit, prises pour des coliques néphrétiques

15-12-57 Nouvelle crise droite

T° 37°6

16-12-57 Cédation de la douleur droite

Apparition d'une douleur de la fosse iliaque gauche

Ballonnement, arrêt du transit

17-12-57 Examen : T° 38°

. allonnement asymétrique, surtout F.I.G.

Fosse lombaire gauche douloureuse

Radio : images hydroaériques du colon et du grêle.

U.I.V. : normale

Lavement baryté : volvulus du coecum

INTERVENTION : Volvulus du coecum et de la moitié inférieure du colon droit.

Appendice perforé

SUITES OPERATOIRES : Occlusion par bride.

- PLASTRON APPENDICULAIRE -

Lucie G 56 ans

7 -2-55 Douleurs continues abdominales à prédominance droite
Pas de troubles du transit9-2-55 Arrêt de matières
Examen : plastron de la fosse iliaque droite
T° 38°

N.F.	G.R.	4.600.000	L	9%
	G.B.	13.000	M	2%
			PN	88%
			PE	1%

Traitement : glace sur le ventre

16-2-55 T° redevenue normale
disparition du plastron

23-6-55 INTERVENTION : Appendice inflammatoire

SUITES SIMPLES

Marie Anne G 57 ans

Depuis 1954 : crises douloureuses périodiques de la fosse iliaque
droite

14-9-56 Syndrome douloureux fébrile de la fosse iliaque droite

17-9-56 T° 37°5

Plastron appendiculaire

N.F.	G.R.	4.520.000	
	G.B.	12.000	P.N. 74%

Urée sanguine 0,45g/l

18-9-56 drainage du foyer
5-10-56 lavement baryté : coecum récurvatum
Appendice inflammatoire.

18-3-57 Appendicectomie, Appendice inflammatoire

SUITES OPERATOIRES : Granulome lipophagique de la cicatrice nécessitant son
ablation.

Denise P 55 ans

23-3-50 La malade est prise brusquement, sans antécédents de
nausées

douleurs de la fosse iliaque droite

25-3-50 Plastron appendiculaire

Traitement : glace

Evolution favorable, régression progressive.

27-6-50 Point appendiculaire net

Transit normal

18-7-50 Appendicectomie

Appendice inflammatoire

SUITES SIMPLES

- A B C E S A P P E N D I C U L A I R E S -

Léone V 65 ans

10-11-56 Douleur abdominale

Diarrhée

Nausées

T° 39°

Traitement : antibiotiques qui font descendre la fièvre
mais les douleurs persistent

Antécédents ; rien à signaler en particulier au point de
vue génital.

17-11-56 Examen : masse sus-pubienne douloureuse, mate, débordante
à gauche

TV : masse douloureuse du Douglas

Radio : refoulement du coecum en haut à droite

DIAGNOSTIC CLINIQUE : Kyste de l'ovaire infecté

Examen de laboratoire : G.R. 4.780.000

G.B. 30.000

P.N. 86%

urée sanguine Ig/l

19-11-56 INTERVENTION : Abscess multiples

Appendice perforé

SUITES OPERATOIRES : Décédée au 3° jour par anurie.

Louis S 84 ans

21-2-56 Douleur du flanc droit

T° 37°5

Antécédents : rien au point de vue digestif

Hématurie

22-1-56

Examen : défense du flanc droit

Coeum tendu et douloureux

Radio : dilatation des anses grêles iléales

TR : grosse prostate

Examens de laboratoire : G.R. 4.000.000

G.B. 23.000

urée sanguine 0,50g/l

Radios : dernière anse iléale en arc

Pas d'empreinte coecale

12-6-56

INTERVENTION : Abcès appendiculaire

Appendice perforé

SUITES OPERATOIRES : simples au point de vue digestif

démence sénile passagère

Marie Louise B 58 ans

13-4-51

Douleur de la fosse iliaque droite

Constipation

Vomissements

La température s'élève progressivement

16-4-51

T° 38°5

Faciès plombé, langue sèche, oligurie

Examen : défense de la fosse iliaque droite

TV douleur au cul de sac droit

ANTECEDENTS :

crises douloureuses de la fosse iliaque droite, mises
sur le compte d'une défaillance hépatique

INTERVENTION :

Abcès appendiculaire

Appendice perforé

SUITES OPERATOIRES : Urémie

Décédée au 6° jour.

Maurice D 52 ans

26-7-53 Elévation thermique
douleur au flanc droit
diarrhées

ANTECEDENTS :

colite spasmodique
colonial

Examen : sujet plétorique, éthylique
abdomen tendu, souple sauf, fosse iliaque droite sous le
point de Mac Burney, il existe un empâtement

TR : prostate normale

Douleur à bout de doigt à droite

Hyperleucocytose à 26.000

TRAITEMENT :

Pénicilline, glace

3-8-53

Examens radiologiques

colite hypertonique

appendice non injecté malgré la chasse coecale violente

gaz dans le grêle

image lacunaire du grêle (= plastron -)

hyperleucocytose à 12.800

6-8-53

chute thermique incomplète

persistance de la contraction coecale

7-8-53

INTERVENTION : Appendice gangrené

SUITES OPERATOIRES: Délirium trémens.

Marcel H 65 ans

Abcès à répétition

Le malade a toujours refusé l'appendicectomie

9-8-49

Examen : douleur pulsatile

empâtement, rougeur au niveau de la cicatrice
éventration

dans la nuit, ouverture spontanée

10-8-49 INTERVENTION : Appendice perforé

SUITES OPERATOIRES SIMPLES

Andrée N 58 ans

25-3-59 début : douleurs abdominales à prédominance droite

T° 38°5

Constipation

27-3-59 Douleur diffuse à la palpation, prédominante à la loge
sus-pubienne et à la fosse iliaque droite où il existe
une contracture

TV : rien à signaler

T° à 38°4

Examens de laboratoire : urée sanguine : 0,20g/l

GR : 4.280.000

GB : 11.000

PN : 85%

Examens radiologiques : Abdomen sans préparation et
lavement baryté = quelques niveaux liquides sur le grêle
terminal, le bas fond coecal est très douloureux à la palpa-
tion et les clichés montrent une compression extrinsèque
sur son bord interne. Il s'agit certainement d'une appendi-
cite avec abcès ou plastron donnant des signes de subocclu-
sion du grêle terminal.

INTERVENTION : Abcès pelvien avec perforation appendiculaire

SUITES OPERATOIRES : Désunion de la paroi.

Louise G.... 69 ans

Du 10 au 17 avril 1951 : douleur de la fosse iliaque droite

Vomissements

Constipation

T° à 39°

17-4-51 Examen : ventre souple, électivement dans la fosse
iliaque droite

21-4-51 Lavement baryté : suggérant le diagnostic de tumeur du
coecum, vraisemblablement bénigne (mucocèle géant)

26-4-51 INTERVENTION : Abscès appendiculaire

SUITES OPERATOIRES : Phlébite

- APPENDICITES HERNIAIRES -

Marcel B 62 ans

28-9-53 douleur dans hernie

tuméfaction

troubles secrets du transit

29-9-53 T° à 37°

Aspect de phlegmon pyostercoral sur une hernie

Diagnostic clinique : Epiploite étranglée et infectée

INTERVENTION

Appendice perforé, pus

SUITES OPERATOIRES SIMPLES

Emile D 61 ans

19-1-59 Douleur hernie inguinale droite

Pas de selle mais quelques gaz

20-1-59 Hernie irréductible, douloureuse surtout à l'orifice externe

Examen : douleur iliaque droite

Fosse lombaire droite : rien à signaler

Examens de laboratoire : urée sanguine : 0,30g/l

GR : 4.460.000

GB : 6.400

PN : 73%

Diagnostic clinique : Epiploite étranglée

21-1-59 INTERVENTION : appendicite herniaire

SUITES OPERATOIRES : Occlusion du grêle (jéjunum)

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur

M.D. PETIT-DUTAILLIS

Monsieur le Professeur

Léon BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

- BARROW W. Acute appendicitis in youth and old age. Amer. J. Surg. 53, 242-247; 1941.
- BECK W.C. Abdomen aigu chez les vieillards. Surg. Clin. North. Amer. 1948, 28 1361 - 1369.
- BERARD ET VIGNARD. L'appendicite. Masson Ed. Paris 1914.
- BERNARD R. AND JOMAIN J. L'appendicite du vieillard. Monde Médical 1934, 44, 866 - 874
- BOYCE F.F. Acute Appendicitis in the aging Negro. Ann. Surg. 1951, 133, 631-643.
- BOYCE F.F. Problèmes particuliers de l'appendicite aiguë à l'âge mûr et dans la vieillesse. Arch. Surg. mars 1954, 68, n° 3, 296 - 304.
- BRODIN ET TEDESCO. L'examen radiologique dans le diagnostic de l'appendicite chronique. Semaine des Hôpitaux 22 Déc. 1950, 26, n° 94, 4840-4843.
- BROTHERUS J.V. Acute Appendicitis in old persons. IN : 3rd. Cong. Int. Assoc. Geront. London 1954, 1955, Old age in the modern world. E. & S. Livingstone Ltd. London 1955, 560.
- CARP L. AND J. A. AMRMINIO. Acute appendicitis in chronically ill geriatric patients. Amer. J. Surg. 1952, 83, 773-780.

- CLAVEL CH. Etude critique des 63 cas mortels d'appendicite aigue observés en 22 ans. Lyon chir. 1954, page 830.
- CLAVEL CH. Comment guérissent après l'opération les péritonites appendiculaires. Lyon chir. 1954, page 952.
- DEIREZ L. Traitement de l'appendicite aigüe chez les sujets âgés. Arch. ital. chir. 1938 , 51, 627-630.
- DUPOUX P. L'appendicite aigüe après 60 ans. Thèse Paris 1954, n° 932, 78 pages.
- DUVAL & AMELINE. Réflexions à propos de 752 cas d'appendicite aigue chez l'adulte opéré d'urgence. Bulletin et Mémoire Soc. Chir. Paris Mars 1951.
- GARDINER H. Appendicitis in old age Brit. Med. J. 1940, 1.436.
- GOLDENBERG I.S. Acute appendicitis in the aged. Geriatric, 1955, 10, 324-327.
- HESS W. Premier risque des interventions opératoires abdominales chez des sujets âgés. Gastroentérologie, 1955, 84, n° 5-6, 275-282. (Résumé franç.)
- HUGUIER ET CHATAIN Y. Anatomopathologie et signes cliniques de l'appendicite aigüe. Concours médical Mai 1954. 2189-2205.
- JOYEUX R. L'appendicite aigüe. Presse Médicale 1951, 59, n° 30, 611-613.
- LABRY R. Mortalité et complications opératoires dans l'appendicectomie à froid. Lyon chirurgical mai-juin 1947, 42, n° 3.
- LEWIN J.A. Clinical study of acute appendicitis in old age. Brit. J. Surg. Juil. 1931, 19, 63 - 67.

MANILOFF A. Appendicite perforante simulant une calculose multiple de l'uretère
Journal de chirurgie t. 38, 1936 page 197.

MARTIN J.D. JR. Acute appendicitis in the elderly patient. Deriatric 1956,
227 - 228.

MENSA F. Considerazioni statistiche e cliniche sulle appendiciti acute operate
nel decennio 1936-1945 con particolare riguardo alle appendiciti
acute dei vecchi. Minerva chir. 1946, 1; 310 - 312. (I.M. 41;1947)(NS)

MIATELLO V.R. Syndrôme pseudotumoral de l'hypocondre et du flanc droit chez les
sujets âgés. Prens. méd. 15 Juil. 1955, 42, n° 28, 2137-2139, 7 Fig.

MILLER E.M. Appendicitis in aged. Surg. clin. north. Amer. 20, 103-108, 1940.
Pochette micro-films 1615-1643.

MONDOR - H - Diagnostics urgents.

MOUCHET A. NEDEY R. ET CORNU P. Géroto-chirurgie. Ann. Chir. (suppl; sem. Hop.
Paris) Juillet 1956, n° 7, 525 - 537, 25 tabl. Bibliogr.)

MULCAHY J.L. Appendicitis aguda en las personas de edad. Prensa medical. argent.
3. Février 1937, 24, 264 - 267.

PONSAN X. Appendicite à forme tumorale du vieillard. Maroc Médical Janv. 1955
34, n° 356 , 65.

POWERS J.H. Acute appendicitis during the later decades of life, some remarks
on the incidence of the disease in a rural area. Ann. Surg. 1943,
117, 221 - 233.

REES W.S. Appendicite mortelle, la baisse de la mortalité. Lancet. 1952, 2,
1199 - 1203.

SAEGRSSER F. Réflexions sur la chirurgie chez les vieillards. Rev. Med. Suisse
ROM. 1958, 78, n° 4, 193 - 204 (Bibliogr.)

SIMPSON D.G. Acute appendicitis in the aged. Brit. Med. J. 1946, 2, 986-987.

SLATTERLY L.R. AND HINTON J.W. Mortality rate from acute appendicitis in a
municipal hospital. Amer. J. Surg. 1942, 57, 294 - 303.

STANDEVEN A. L'abdomen aigu chez le vieillard brit. Med. J. 12 Nov. 1955,
n° 4949, 1184-1187.

TAYLOR H. Appendicitis in aged. Lancet 1935, 2, 937 - 938.

WILKINS KL. F. La chirurgie abdominale chez le vieillard. Arc. Surg. Juin 1958
76, n° 6, 963-968.

WOLFF W.I. AND HINDMANN R. Acute appendicitis in the aged. Surg. Gynéc. Obstr.
1952, 94, 239 - 247.

WOOD C.B. Acute appendicitis in aged, a study of 43 cases occuring after age
of sixty. Amer. J. Surg. 1934, 26, 321-325.

WILLARD E. Accidents post-opératoires de l'appendicectomie à froid. Lyon
chir. mai-juin 1947, 42, n° 3, 360 - 362.

-:-:-:-:-

